

№ п/п	Дата	Ф. И. О. работника (последнее при наличии)	Должность	Подпись сотрудника об отсутствии признаков инфекционных заболеваний у сотрудника и членов семьи	Подпись сотрудника об отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела	Результат осмотра медицинским работником (ответственным лицом) (допущен / отстранен)	Подпись медицинско го работника (ответствен ного лица)
1	05.09	Курумлева ИИ	новар	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
2	20	Тарасов ИИ	завхоз	ОТС	ОТС	гпр	К Тар
3	06.09	Курумлева ИИ	новар	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
4	13	Тарасов ИИ	завхоз	ОТС	ОТС	гпр	К Тар
5	07.09	Курумлева ИИ	новар	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
6	23	Тарасов ИИ	завхоз	ОТС	ОТС	гпр	К Тар
7	08.09	Курумлева ИИ	новар	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
8	23	Тарасов ИИ	завхоз	ОТС	ОТС	гпр	К Тар
9	11.09	Курумлева ИИ	кух.р.	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
10	23	Курумлева ИИ	новар	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
11	09	Тарасов ИИ	завхоз	ОТС	ОТС	гпр	К Тар
12	23	Курумлева ИИ	кух.р.	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
13	23	Курумлева ИИ	новар	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
14	13.09	Тарасов ИИ	завхоз	ОТС	ОТС	гпр	К Тар
15	25	Курумлева ИИ	кух.р.	ОТС	ОТС	гпр	К Курм
16		Тарасов ИИ	завхоз	ОТС	ОТС	гпр	К Тар